

ANNÉE 1909

THÈSE

N^o
393

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 19 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

HENRI GUIBERT

CONTRIBUTION

à l'Étude du Traitement des Adénopathies Tuberculeuses

(Nouvelles observations favorables au Naphtol camphré)

Président : M. DEJERINE, professeur.

<i>Juges</i>	{	MM. GAUCHER, professeur.	{	agrégés.
		LABBÉ		
		SICARD		

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

H. CHACORNAC et M. DOUTAUT, ÉDITEURS

9, Rue de l'Éperon, 9

1909

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1909

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 19 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

HENRI GUIBERT

CONTRIBUTION

à l'Étude du Traitement des

Adénopathies Tuberculeuses

(Nouvelles observations favorables au Naphtol camphré)



Président : M. DEJERINE, professeur.

<i>Juges</i>	{	MM. GAUCHER, professeur.	}	agréés.
		LABBÉ		
		SICARD		

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

H. CHACORNAC et M. DOUTAUT, ÉDITEURS

9, Rue de l'Éperon, 9

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen . Professeurs .		M. LANDOUZY MM
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		BOUCHARD
Pathologie médicale.		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.		DEJERINE
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFFARD
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladie des enfants.		GILBERT BALLET
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		PIERRE DELBET
		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique		DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		PINARD
		BAR
Clinique d'accouchements		RIBEMONT-DES- SAIGNES
		POZZI
Clinique gynécologique		KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile		A. ROBIN
Clinique thérapeutique.		

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDÉAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Mon cher Père,

..... L'histoire de toute votre existence pourrait tenir en deux mots :

TRAVAIL, ABNÉGATION

..... Vous n'avez vécu que pour les vôtres, vous n'avez eu d'ambition que pour eux, et n'avez souffert que pour eux.

..... L'austérité et la pureté de votre vie me sont à la fois une leçon précieuse et un difficile exemple ! Comment prétendrais-je vous imiter, vous qui n'avez jamais connu que le Devoir et qui avez toujours fui la récompense ?

..... Vous m'avez grondé bien souvent dans ma jeunesse quand j'étudiais la chimie au lieu d'apprendre le latin, quand je faisais de la physique au lieu de la littérature, du droit au lieu des sciences naturelles, et plus tard, quand j'écrivais des romans au lieu de m'appliquer à la médecine !... Mais vos bienfaits ne m'ont jamais manqué, et votre inépuisable indulgence vous ont créé des titres éternels à mon affection, à ma gratitude et à mon respect.

Je ne puis jamais penser à tout cela sans une profonde émotion..... Aussi, est-ce pour remplir un grand devoir et non pour me conformer à la vieille tradition que je vous offre ces quelques pages. Acceptez-en la dédicace comme un très faible témoignage de ma vive reconnaissance.

H. G.

A mon Maître :

M. LE PROFESSEUR DÉJERINE

*pour l'honneur qu'il m'a fait en voulant bien accepter
la présidence de cette thèse.*

A mes Maîtres de Pathologie générale
et de Pathologie nerveuse :

M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

M. LE PROFESSEUR RAYMOND

A MM. LES PROFESSEURS GILBERT, CHANTEMESSE
ET THOINOT

*qui m'ont appris la thérapeutique, l'hygiène
et la médecine légale*

A la mémoire des regrettés professeurs :
POIRIER, TILLAUX, BERGER, BUDIN

*qui m'ont appris la chirurgie, l'anatomie
et les accouchements*

AU DOCTEUR HENRI JUDET

*qui m'a donné le sujet de cette Thèse et que j'ai toujours
trouvé si accueillant chaque fois que j'ai fait appel
à sa science et à son amitié.*

PREMIÈRE PARTIE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Il est banal d'entendre répéter que la tuberculose cause en France 150.000 décès par an. On l'a dit mille fois, on l'a imprimé plus souvent encore dans de nombreux livres, dans d'innombrables journaux. Pour nous, ce chiffre est encore au-dessous de la réalité. Et cependant, tout récemment un professionnel bien connu de la statistique écrivait dans un grand quotidien que ce chiffre de 150.000 décès lui paraissait très exagéré. M. J. BERTILLON n'avait sans doute en vue que les décès par tuberculose pulmonaire....

Car, dans le public, quand un malade succombe aux progrès inexorables de la phtisie, après avoir passé par toutes les phases de cette maladie justement redoutée : toux, amaigrissement progressif, hémoptysies, fièvre, cachexie ; quand il s'est péniblement traîné jusqu'au sommet du calvaire où épuisé, pâle et squelettique, il tombe enfin pour expirer, alors oui, tout le monde daigne le reconnaître, il meurt bien de tuberculose...

Mais quand il est terrassé par la méningite tuberculeuse, l'entérite tuberculeuse, la granulie, la pneumonie caséuse à marche suraiguë, alors le mot de tuberculose n'est même pas prononcé !

Et pourtant la mort est bien due, comme dans la tuberculose pulmonaire, à l'action destructive du bacille de Koch !

Les tuberculoses locales ne sont donc point un chapitre à négliger dans l'histoire de l'infection tuberculeuse en général.

Les tuberculoses ganglionnaires en particulier, méritent de retenir l'attention des malades et des médecins.

C'est un devoir constant pour le praticien de lutter contre ce dédain dont on les entoure. « Ce n'est rien, ce sont *des glandes* », dit le populaire !

Mais ces *glandes* dont il ne se préoccupe pas, ce sont des ganglions lymphatiques, c'est-à-dire des sentinelles échelonnées autour de places fortes sur lesquelles il faut veiller perpétuellement.

Si ces ganglions s'altèrent, s'ils se laissent eux-mêmes corrompre, leur présence, au lieu d'être une sauvegarde, devient un danger de tous les instants.

N'ayant pas chassé l'ennemi, ils l'ont recueilli et réchauffé dans leur sein. Ils l'ont laissé s'installer en maître chez eux et pulluler formidablement ; et à un moment donné, la maison, trop étroite pour en contenir le nombre sans cesse grandissant, s'écroulera sous leur poussée, et les laissera se répandre alentour.

Ainsi, de proche en proche, le mal gagnera, l'invasion s'étendra, l'infection s'insinuera silencieusement, lentement et sûrement vers les organes supérieurs par la voie des lymphatiques, vers la plèvre, vers les poumons, vers l'intestin, vers le péritoine, vers le cerveau !

Ceci n'est pas une image, ceci n'est pas de la littérature. C'est la traduction de réalités, hélas, trop vraies.

Il ne faut point mépriser les tuberculeux ganglionnaires. Il faut les redouter et les combattre à l'instar de celles qui ont envahi — d'abord en apparence — les organes nobles. N'est-il pas aujourd'hui de nombreux auteurs (CALMETTES entr'autres) qui soutiennent que la tuberculose pulmonaire ne débute certes pas par les bronches ? Les ramifications bronchiques, disent-ils, sont admirablement défendues contre l'invasion des poussières bacillifères. . Les poussières s'intro-

duisent très difficilement dans le poumon... Les cils vibratiles répandus sur tout l'épithélium de l'arbre aérien, semblent n'avoir d'autre but, par leurs perpétuels mouvements, que d'arrêter ces poussières et de les chasser au dehors.... Les bacilles sont déglutis et ingérés dans l'estomac; de là; ils vont dans l'intestin dont ils traversent les parois sans laisser de traces. Alors, ils envahissent les ganglions du mésentère, et puis, engagés dans les voies lymphatiques, ils atteignent les ganglions péritrachéaux, péribronchiques.

Et cette théorie n'est pas nouvelle !

L'envahissement de l'organisme par la contamination préalable de l'appareil lymphatique est un fait depuis longtemps démontré.

Nous venons de voir que le bacille a pénétré dans l'économie à travers le tube digestif. Mais il n'est point nécessaire qu'il aille chercher sa porte d'entrée si loin, dans les profondeurs obscures de l'intestin. D'une manière plus fréquente à coup sûr, il choisit des points beaucoup plus accessibles.

Introduit dans la bouche ou le nasopharynx par des aliments contaminés ou par l'air, le bacille s'insinue facilement à travers les muqueuses, jusqu'au tissu lymphoïde des trois amygdales.

« Pour pénétrer à l'intérieur de ce tissu, dit

notre éminent maître le professeur DIEULAFOY (1), il n'est pas toujours nécessaire qu'il y ait une érosion ou une plaie. On sait que le bacille tuberculeux peut traverser les épithéliums sans lésions préalables de ces épithéliums : amygdales, larynx, pharynx (CORNIL et BABÈS, *Académie de médecine, mai 1883*); bronches trachée, utérus (CORNIL); intestins (TCHISTOVITCH, *ann. de l'Ins. Pasteur, p. 220*) peuvent être pénétrés par le bacille qui chemine à travers les cellules épithéliales.

C'est ainsi que sont envahies les trois amygdales et souvent après un temps plus ou moins long, le bacille arrivant à sa deuxième étape, entre dans le réseau lymphatique et de là dans les ganglions de la région sous-maxillaire et cervicale. DUROCHONSKY a surpris sur le fait cette migration des bacilles tuberculeux dans les vaisseaux lymphatiques qui vont des amygdales aux ganglions du cou. (DIEULAFOY).

Une lésion tuberculeuse en apparence insignifiante provoque à la région cervicale des adénopathies considérables qui, au premier abord, ne semblent nullement en rapport avec la cause effacée qui leur a donné naissance.

(1) DIEULAFOY. Manuel de Pathologie interne. La tuberculose larvée des trois amygdales.

A dater du moment où les ganglions lymphatiques du cou sont envahis, toutes les modalités sont possibles : l'adénopathie peut rester localisée à un petit nombre de ganglions ou bien la chaîne entière des ganglions cervicaux peut se prendre (DIEULAFOY).

Et alors ces ganglions vont, ou bien rester dans un état stationnaire plus ou moins longtemps, ou bien évoluer vers le ramollissement et la suppuration ; ou bien enfin, l'infection insidieusement, progressivement, suivant une marche descendante, arrivera jusqu'aux sommets pulmonaires ; ou encore jusqu'à la grande veine lymphatique, jusqu'au canal thoracique... La voilà dès lors lancée dans la circulation veineuse, dans le cœur droit, et finalement dans le poumon : la tuberculose pulmonaire fait son apparition...

Dans quelques cas enfin, le bacille est déversé dans le poumon en quantité si considérable, qu'une tuberculose aiguë (granulie) en est la conséquence (DIEULAFOY)

Il est d'autres modes d'envahissements ganglionnaires.

Ces envahissements sont *secondaires* ou *primitifs*. Ils sont secondaires s'ils succèdent à l'infection préalable d'un organe interne, à une tuberculose viscérale.

Les adénopathies qui sont consécutives à l'apparition d'une tuberculose laryngée, pulmonaire, génitale, sont des adénopathies secondaires, *elles font partie du cortège de la maladie principale*. Nous ne nous occuperons pas d'elles dans ces courtes pages, ce sont là les *adénopathies-conséquences*, nous ne nous intéressons ici qu'aux *adénopathies-causes*, à celles qui ne recevront pas — saines — l'infection d'un organe voisin avant elles atteint, mais qui, au contraire, — malades d'abord —, sont susceptibles de transmettre leur infection à des organes sains.

Dans les lignes précédentes, nous avons vu que le bacille s'introduisait volontiers dans l'appareil lymphatique, en choisissant comme porte d'entrée soit les amygdales, soit un point quelconque du tube intestinal. Il n'est pas rare non plus que pour les ganglions cervicaux en particulier, les caries dentaires, les ulcérations banales de la bouche, de la langue et des lèvres, les dermatoses, les scrofulides superficielles de la face et du cou ne jouent un rôle incontestable. Il s'agit alors de véritables inoculations superficielles, aussi sûres que des inoculations expérimentales.

La circoncision rituelle a donné lieu dans un nombre assez élevé d'observations, à l'inoculation

tuberculeuse des organes en cause, et maintes fois on a vu se produire à la suite de cette tuberculisation directe le bubon strumeux inguinal (1).

KLOTZ (2) rapporte qu'en octobre 1882, s'étant blessé à l'index, pendant l'extirpation d'un paquet ganglionnaire, il eut, quatre semaines après, une adénopathie axillaire, qu'il dût à son tour faire extirper.

Tous ces cas concernent des ganglions préalablement sains et qui ont reçu d'emblée, comme première atteinte, l'infection tuberculeuse.

Mais si des ganglions sains, par conséquent pourvus de tous leurs moyens de défense, peuvent s'infecter si facilement, que dire de ceux qui sont déjà malades, déjà affaiblis, et mis en état de moindre résistance par une infection antérieure, non tuberculeuse : périostite alvéolo-dentaire, amygdalites, angines banales, gourme, blépharites, otites, impétigo du cuir chevelu, lésions parasitaires ?...

Il existe alors une adénopathie secondaire, satellite de ces affections communes et diverses.

Cette adénopathie n'est pas encore tuberculeuse ; que les causes qui lui ont donné naissance dispa-

(1) Lejars. Presse Médicale 1894 p. 163.

(2) Berliner Klinische Wochenschrift. 10 févr. 1890.

raissent et elle disparaîtra à son tour : *sublata causa, tollitur effectus*.

Mais ces ganglions, mis en état de déchéance, sont prêts à recevoir l'inoculation tuberculeuse. Qu'elle survienne : ils ne se défendront pas ! L'infection précédente, suivant le mot bien connu « a fait le lit à la tuberculose ».

De proche en proche les ganglions péricitrachéaux, péricitrachiques sont progressivement envahis. L'adénopathie trachéo-bronchique est constituée. Et alors le danger est tout près du poumon, l'ennemi s'est retranché dans un fort presque inexpugnable, prêt à engager avec l'organisme ses luttes ordinaires. S'il triomphe, les poumons deviendront bientôt sa proie et celui qui, hier encore, n'était qu'un tuberculeux ganglionnaire, est maintenant un tuberculeux pulmonaire, un phthisique véritable, un de ceux dont on peut dire avec Peter, que quand ils ont cessé de vivre, ils n'ont fait, en réalité, que cesser de mourir.....

Voilà les causes les plus fréquentes de la tuberculisation, causes locales et pour ainsi dire anatomiques. Quant aux causes générales, on leur reconnaît un rôle, quoiqu'elles soient moins directement tangibles. Si elles

ne créent pas de toutes pièces la lésion initiale, on admet qu'elles en favorisent singulièrement l'éclosion et le développement ultérieur.

C'est l'éternelle histoire du terrain préparé...

Ah ! ces mots « terrain préparé » qui reviennent comme un *leit motiv* dans l'étiologie de toutes les maladies infectieuses ! « Terrain préparé », certes, nous savons bien ce que veulent dire ces termes si simples, si clairs, si nets ! Ils signifient que si le sol est fertile, toute semence y germera, et que s'il est stérile, tous les germes y périront — comme périt le grain jeté sur le rocher !

Et ce milieu favorable à l'éclosion de toutes les maladies, que de fois ne nous a-t-on pas dit qu'il était créé par l'hérédité, l'alcoolisme, la mauvaise nourriture, le manque d'air, les logements insalubres, le surmenage, les fatigues accablantes, les privations, la misère en un mot !

Oui, on l'a dit, on le dira toujours, car l'homme tient à donner des réponses à tous les pourquoi qui se dressent devant son ignorance, qu'il ne veut pas s'avouer !

Eh bien ! avouons-la donc pour une fois ! Et disons le fermement : cet éternel refrain du « terrain préparé » ne peut plus nous satisfaire !



La misère, la pauvreté, les privations .. ? Ne voit-on pas les plus riches succomber comme les indigents — *succomber de tuberculose* — dans les sanatoria les plus somptueux !

Le manque d'air, les logements insalubres ? Est-ce que la tuberculose n'est pas capable de franchir les portes des palais royaux, d'arriver jusqu'aux trônes même !

L'alcoolisme dira-t-on encore ? Mais tous les tuberculeux ne sont pas alcooliques ou de souche alcoolique et tuberculeuse !

Je ne nie pas, bien entendu, que ces facteurs abhorrés n'aient quelque influence, je n'ignore pas que la scrofule est le triste apanage des misérables. Mais je dis que très nombreux sont les cas où aucune de ces causes ne peut être authentiquement invoquée.

Pas même le surmenage et le travail accablant nécessités par les âpres luttes de la vie moderne ! La fièvre du modernisme et de ce que Roosevelt appelait *la vie intense*, ne peut encore pas expliquer la tuberculose, car la tuberculose est vieille comme le monde.

De même que les lichens et les moisissures sont

nés avec les forêts profondes, de même la tuberculose est née avec l'humanité : le ver est né avec le fruit.

HIPPOCRATE connaissait la tuberculose.

S'il ignorait le bacille et la structure anatomique des lésions, ces lésions, macroscopiquement, il les avait observées. Les livres hippocratiques en contiennent des descriptions saisissantes et tragiques.

...On savait que la tuberculose était héréditaire et cachectisante, et déjà on lui avait donné ce nom de Phtisie, qui veut dire *consomption*, et qui s'est transmis jusqu'à nous sans rien perdre de sa triste signification.

En réalité, quand on voit des malingres épuisés par toutes les tares ancestrales et personnelles, quand on voit de véritables loques humaines, nées et grandies dans des taudis obscurs et sordides, vivant dans une repoussante promiscuité d'ordures de toutes sortes, se nourrissant comme des animaux, de déchets immondes et pas toujours abondants ; quand on les voit, dis-je, naître, grandir, se reproduire et vieillir, en ayant contre eux, réunies, toutes les causes de contamination et de mort qui nous épouvantent, on est bien forcé de convenir que ces facteurs, tant de fois invoqués, ne jouent qu'un rôle accessoire et que cette théorie du « terrain préparé » perd beaucoup de sa valeur.

Il y a donc autre chose, sur quoi je ne veux pas m'étendre ici, parce que je sortirais du cadre étroit de ce modeste travail. Je me propose dans mon livre en préparation sur la Tuberculose pulmonaire, de donner à cette inquiétante question de l'étiologie tuberculeuse en particulier, un peu du développement qu'elle comporte.

Nous croyons en avoir assez dit pour le moment. Ainsi que l'indique notre titre, nous ne voulons traiter ici que la question des adénopathies tuberculeuses. Nous venons d'exposer les conditions matérielles de l'invasion ganglionnaire, nous nous sommes laissé entraîner à quelques considérations plus générales, revenons maintenant à des réalités plus circonscrites, et abordons la question du traitement des adénites bacillaires.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT DES ADÉNITES BACILLAIRES

Et avant tout, puisque la curabilité de la tuberculose en général est un problème qui n'est malheureusement pas encore résolu, la curabilité des tubercules locales et, en particulier, des tubercules ganglionnaires, est-elle un fait acquis? Nous répondons : incontestablement.

Et à ces tubercules locales, nous opposerons des remèdes locaux. Avant d'aborder l'étude de ces remèdes locaux, nous dirons, pour n'y plus revenir, quelques mots du traitement général sur lequel nous n'insisterons pas, en raison de son rôle tout à fait secondaire.

TRAITEMENT GÉNÉRAL DES TUBERCULOSES LOCALES

D'après M. le Professeur A. ROBIN, auquel nous empruntons les idées qui suivent (1), le traitement général sera hygiénique et médicamenteux.

(1) La Tuberculose infantile, 15 oct. 07 (Cours à l'Hôp. Beaujon).

Le malade devra éviter toute fatigue, tout surmenage, réduire au minimum les dépenses organiques et intellectuelles, vivre au grand air.

Il n'abusera pas de l'alimentation carnée et particulièrement de la viande crue. Il prendra au contraire une grande quantité de féculents (pommes de terre) et surtout des farineux azotés (lentilles, pâtes alimentaires, etc.).

Les aliments gélatineux donnent d'excellents résultats, car ils fixent l'oxygène. M. A. ROBIN prescrit la gélatine à la dose de 8 à 15 grammes par jour, dissoute dans du potage.

Parmi les médicaments, l'huile de foie de morue a les plus puissantes propriétés organoleptiques. On aura avantage à ajouter à chaque cuillerée une goutte de teinture d'iode.

Les préparations arsenicales seront données d'une manière continue.

La mer exercera une influence très favorable sur les ganglions durs des adultes sans tendance au ramollissement et à l'inflammation. Les eaux chlorurées sodiques fortes (Biscous, Salies-de-Béarn) auront également un effet salutaire.

Pour les enfants, la question est beaucoup plus délicate. S'il y a une menace de tuberculisation pulmonaire, si légère soit-elle, la mer est formellement

contre-indiquée. Les eaux de La Bourboule pourront être essayées avec avantage dans tous les cas.

Telles sont les grandes lignes du traitement général. Mais quelque importance qu'on veuille bien lui reconnaître, il demeurerait presque toujours impuissant (car il est beaucoup plus préventif que curatif) contre des adénopathies bien constituées et en voie d'évolution, si on l'utilisait exclusivement. Aussi, le traitement local va-t-il maintenant nous occuper d'une manière spéciale jusqu'à la fin de cette étude.

DISCUSSION SUR LA CURABILITÉ DES TUBERCULOSES LOCALES

Au commencement du chapitre précédent, nous avons posé la question de curabilité et avons immédiatement répondu par l'affirmative.

Les tuberculoses locales sont curables et nous ajoutons : facilement curables. La curabilité dépend de l'*accessibilité* du foyer tuberculeux.

Et d'abord que l'on me permette ce paradoxe :

La tuberculose n'est pas une maladie mortelle ! On ne meurt pas de tuberculose !

On ne meurt que de la suppression, de l'annihilation progressive d'un organe indispensable à la vie. Lorsque le cerveau et les méninges sont atteints, on meurt. Lorsque le poumon est atteint, on meurt ; mais on ne meurt que lorsque le poumon est usé, détruit, lorsqu'il ne peut plus remplir sa fonction sans laquelle la vie ne saurait exister !

On peut vivre des années avec des fistules tuberculeuses, avec des adénites, des arthrites, des dermatoses tuberculeuses. On peut garder ces affections vingt ans et alors on peut en guérir et vivre, et ne pas en guérir et vivre quand même.

Toute tuberculose peut d'ailleurs être envisagée comme une tuberculose locale. Certes, la tuberculose peut se généraliser et devenir une maladie essentiellement générale comme la fièvre typhoïde, mais ces généralisations sont rares, de sorte qu'on peut dire qu'il n'y a guère que des tuberculosés locales.

La tuberculose pulmonaire elle-même est une tuberculose locale et elle n'a d'effets généraux que parce que le poumon est un organe qui préside à la vie toute entière.

J'ai dit que la curabilité des tuberculosés se réduisait à une question *d'accessibilité*. Si le poumon

était aussi accessible à nos moyens thérapeutiques que le sont les ganglions cervicaux par exemple, le traitement serait considérablement simplifié.

J'ai dit qu'on ne mourait pas des tuberculoses locales; et que toutes les tuberculoses (ou presque) pouvant être considérées comme des tuberculoses locales, la tuberculose n'était par conséquent pas une maladie mortelle, dans sa nature.

A l'appui de cette assertion, qu'on me permette de mettre en regard de la tuberculose : le cancer. Le cancer est une maladie locale, et qui, bien souvent, ressemble à la tuberculose. Mais ici, il s'agit bien incontestablement d'une maladie mortelle par elle-même, quel que soit l'organe atteint.

On ne meurt pas de la suppression d'un sein, de l'utérus, de l'œil, cependant, le cancer de ces organes est mortel. D'où il suit que l'organisme, quelle que soit la localisation du néoplasme est, dès le début, frappé par un arrêt de mort inévitable.

Qu'importe qu'on extirpe chirurgicalement le foyer cancéreux ! L'organe malade est parti, mais la maladie est restée, et elle renaîtra bientôt, parce que la maladie — locale dans sa manifestation principale —, est générale dans son essence.

Ces deux maladies qui ont bien des points communs,

dans leurs manifestations extérieures, sont séparées au point de vue de la curabilité par un abîme.

La question de la guérison des tuberculoses locales, ne se pose donc plus à présent, la question qui subsiste est celle du choix des moyens.

Nous allons examiner brièvement les procédés employés jusqu'ici, nous les comparerons et les jugerons et indiquerons enfin lequel, à notre avis, doit primer tous les autres.

TRAITEMENTS LOCAUX DES TUBERCULOSES LOCALES

On a traité les tuberculoses locales par trois grands moyens qui se sont partagé tour à tour les faveurs des chirurgiens et des médecins.

Nous les résumerons en trois mots : le fer, le feu, les substances chimiques.

Quand nous disons le fer, nous ne voulons pas parler du fer — substance médicamenteuse ingérée à l'intérieur — nous voulons parler des moyens purement chirurgicaux, méthode sanglante, rapide, brutale. Nous verrons tout à l'heure ce qu'elle vaut.

Par le mot feu, nous voulons désigner l'emploi du thermocautère, et nous n'en dirons rien, si non

qu'on ne peut plus employer ce mode de traitement plus brutal encore que le bistouri, à cause des délabrements qui en résulteraient.

Enfin nous passerons en revue les substances chimiques, caustiques et antiseptiques, et nous examinerons la valeur de celles qui sont le plus couramment employées.

Les deux premiers procédés constituent ce que nous appellerons : l'intervention sanglante, le dernier sera pour nous : l'intervention pacifique.

I

INTERVENTION SANGLANTE

Cette intervention est *essentiellement chirurgicale*. Elle consiste à faire une incision qui peut, dans certains cas, avoir une étendue considérable, à saisir le paquet ganglionnaire et à l'extirper.

Au premier abord cela semble très simple, mais en réalité une fois l'incision faite, quand on est arrivé sur le foyer, on se trouve parfois en présence de difficultés imprévues et inextricables.

En outre, aujourd'hui, peu de malades consentent

pour une affection qu'ils jugent bénigne (à tort nous l'avons suffisamment démontré), mais enfin qu'ils jugent telle, dont ils souffrent peu ou pas, peu de malades consentent à cette incision, presque toujours sur le cou (parce qu'il s'agit la plupart du temps d'adénites cervicales), très visible par conséquent, et qui restera comme un témoin éternel de leur tare scrofuleuse. Témoin d'autant plus caractéristique dans bien des circonstances, qu'une fois la plaie ouverte, elle peut tarder longtemps à se fermer, et qu'alors la cicatrice sera irrégulière, tourmentée, repoussante en un mot.

Voilà pour le côté esthétique, dont il faut bien cependant se préoccuper, puisqu'il s'agit presque toujours de malades jeunes qui ont le besoin de plaire, et surtout le désir, ce qui est bien naturel.

Mais au point de vue purement opératoire surgissent des inconvénients plus graves encore. Les paquets à extirper sont souvent très volumineux, il s'ensuit des délabrements qui ne sont pas sans danger. On a vu trop souvent succéder à ces interventions une généralisation tuberculeuse par auto-inoculation et par le fait du traumatisme opératoire.

En outre les ganglions étant fréquemment liés à de gros troncs vasculaires au cou et à l'aîne en particulier, on a eu à déplorer parfois des embolies

gazeuses (BINET a cité plusieurs cas de mort par pénétration d'air dans les jugulaires), de redoutables hémorragies par lésion des veines et des artères.

BERGMANN n'admet l'extirpation qu'après échec de tous les autres moyens; il condamne l'opération formellement chez les enfants au-dessous de 10 ans, en raison des hémorragies particulièrement graves à cette période de la vie.

Les lésions des nerfs (1), en particulier du pneumogastrique, du facial, des récurrents, plus rares, ont cependant été observées. Il en était résulté des attitudes vicieuses, des troubles trophiques, des paralysies, et même, dans les cas du pneumogastrique, la mort.

On a mentionné aussi des atteintes aux glandes ou aux conduits salivaires (2).

FORGUE, BILLROTH, TRENDLENBOURG redoutent ces interventions périlleuses.

En dehors enfin de ces dangers immédiats, des accidents plus tardifs ont été signalés, imputables à l'emploi du chlorure de zinc dont la causticité avait altéré les parois vasculaires au point d'en déterminer l'escharification et la perforation consécutive.

(1) Villemin, Bulletin médical, n° du 27 juillet 1907, p. 679.

(2) New-Amer. Journ. of. méd. sc. 1892, p. 625.

* **

Les partisans de la méthode sanglante font observer que ces accidents sont rares. Nous le leur concédons volontiers; il est possible qu'avec des chirurgiens habiles, ces accidents ne soient pas fréquents, il n'en est pas moins vrai qu'ils existent et qu'il faut y ajouter encore ceux qui résultent de l'anesthésie toujours nécessaire et parfois longue dans ces opérations minutieuses et compliquées.

* **

Pour les cas où l'extirpation ne paraît pas possible, certains chirurgiens ont pratiqué le curettage. Mais le curettage, d'après M. LANNELONGUE lui-même, n'est satisfaisant qu'en apparence; les guérisons ne sont que temporaires; il persiste souvent des fistules, et dans la coque des ganglions, d'autres foyers qui donneront plus tard de nouvelles poussées tuberculeuses.

Cette méthode sanglante, nous la jugeons donc défavorablement. Nous ne sommes plus aux temps barbares du bistouri ou de la scie à outrance. Dans notre époque de paix, on ne peut pas pratiquer toujours une chirurgie de champ de bataille. La chirurgie s'humanise, sa main de fer se gante de velours...

Passons maintenant à l'examen de procédés non sanglants, plus doux, plus diplomatiques, si nous osons dire.

Quelques mots auparavant d'une méthode intermédiaire, la méthode de BIER.

Disons tout de suite que c'est pour l'éliminer et que nous n'en parlons que pour mémoire.

II

MÉTHODE DE BIER

Le D^r BIER de Bonn a préconisé une méthode qui porte son nom : c'est la méthode de l'*hyperémie*.

De même que le mot *anémie* (αν-αιμία) signifie « défaut de sang », de même le mot *hyperémie* (υπερ-αιμία) veut dire « excès de sang ». Le système du professeur de Bonn consiste à provoquer sur le point malade un appel de sang, une congestion locale dont il peut graduer l'intensité.

On ponctionne avec une pointe fine de bistouri la cavité ganglionnaire pour en permettre l'évacuation et on pose une ventouse. Le foyer est aspiré, on met une deuxième ventouse et alors apparaît sur le point d'application une hyperémie en rapport avec le vide.

Le D^r BIER considère l'hyperémie spontanée comme

une réaction de défense de l'organisme. Il a voulu provoquer une hyperémie artificielle et il l'a appliquée au traitement de diverses affections, en particulier au traitement des tumeurs blanches, des arthrites tuberculeuses et des adénites.

Il a émis l'hypothèse d'un processus de *restitutio ad integrum*. Elle serait bactéricide, elle provoquerait une phagocytose intense, favoriserait la résorption des éléments morbides et produirait une véritable régénération des tissus.

Mais les efforts tentés par BIER lui-même n'ont pas toujours été couronnés de succès. Et aujourd'hui de nombreux chirurgiens se sont érigés en adversaires des méthodes de BIER en général, qu'ils considèrent comme inefficaces et parfois dangereuses.

Avant d'aborder l'étude de la méthode que nous considérons comme supérieure à toutes les autres, nous tenons à écrire quelques lignes sur le traitement radiothérapique — traitement nouveau — mais dont les bons effets ne doivent pas être passés sous silence.

III

RADIOTHÉRAPIE

D'après M. ALBERT ROBIN le traitement radiothérapique est des plus recommandables.

Le but à atteindre est de faire absorber le plus de rayons possible, en maintenant l'intégrité de la peau.

Les rayons X n'agissent pas seulement localement, mais il est remarquable, dit le professeur ROBIN (1), de voir une amélioration de l'état général : le sommeil est meilleur, le poids tend à augmenter, l'appétit et les forces reparaissent. Bien plus, il y a une action directe sur le sang : diminution sensible des globules blancs et des grands mononucléaires.

En regard de ces intéressants avantages, l'expérience, récente encore, signale quelques inconvénients : érythèmes, pigmentations, radiodermites, épilation, étourdissements, céphalées — fugaces heureusement.

Cette méthode radiothérapique qui a déjà donné d'encourageants résultats a cependant besoin de quelques perfectionnements. Elle n'est pas assez ancienne pour qu'on puisse poser des conclusions définitives.

CONSTABLE HAYES, FRANK WALE, HENDRICK citent des cas de guérison complète, mais pour NEWCOMMET (1904), REDARD et BERGONIÉ (2) la *restitutio ad integrum* n'a

(1) La Tuberculose infantile. 15 oct. 1907. p. 191. Leçon faite à l'Hôp. Beaujon.

(2) C. Røederer. La radiothérapie dans les tub. ganglionnaires. Thèse Paris, 1906.

presque jamais lieu. Et ils ne préconisent l'emploi de la radiothérapie que pour les adénites dures, la proscrivant pour les adénites suppurées et ramollies (1).

Nous n'insisterons pas davantage sur une méthode qui n'a pas assez de titres pour s'imposer d'une manière absolue, et d'autre part, nous avons hâte de décrire enfin les modes de traitement qui nous paraissent devoir désormais rallier tous les suffrages.

(1) C. Røederer. La radiothérapie dans les tuberculoses ganglionnaires. Thèse Paris, 1906.

MÉTHODE DES INJECTIONS INTERSTITIELLES

Cette thérapeutique n'est pas nouvelle. Elle est simple, facile, elle mérite d'être mise, disons le tout de suite, au-dessus de toutes les précédentes, pour ces deux raisons, chacune suffisante :

1° Son efficacité est supérieure.

2° Sa simplicité, sa facilité lui permettent d'être appliquée par n'importe quel médecin et dans n'importe quelle circonstance.

Ajoutons que les dangers des méthodes exposées plus haut ici n'existent plus. .

Les avantages des injections interstitielles sont aussi nombreux qu'étaient nombreux les inconvénients des méthodes sanglantes.

Là-bas une plaie longue et profonde, d'une cicatrisation lente, stigmate indélébile des scrofules ganglionnaires, ici une perforation capillaire qui ne laisse aucune trace.

Là - bas dangers d'hémorragies, de sections nerveuses, ici point.

Là-bas, dangers de l'anesthésie : ici, l'anesthésie est superflue.

Le traitement des adénopathies tuberculeuses par les injections interstitielles comprend deux temps : une ponction évacuatrice s'il en est besoin, et l'introduction dans le foyer, du liquide médicamenteux, à l'aide d'une seringue à aiguille capillaire.

Les liquides successivement employés sont nombreux.

Acide phénique au 1/20 ; eau oxygénée, glycérine formolée 1/100 ; chlorure de zinc au 1/50 ; essence de térébenthine au 1/10 : sulfate de zinc ; iodoforme avec éther, glycérine, huile ou vaseline ; liqueur de Willate ; essences de girofle et de thym ; teinture d'aloès étendue ; salol, thymol, naphthol, gaïacol camphrés ; liqueur de Fowler et autres solutions arsenicales.

L'essence de térébenthine, et surtout le chlorure de zinc sont horriblement douloureux et nécessitent l'anesthésie. L'acide phénique est toxique, les autres produits ne sont plus guère employés aujourd'hui, sauf deux ayant chacun une indication spéciale : le

naphtol camphré qui est un liquéfiant, l'éther iodoformé qui est un sclérosant.

Nous ne retiendrons que ces deux préparations parce que, se complétant l'une l'autre, elles sont les seules qui méritent d'être retenues et elles suffisent à opérer ces guérisons merveilleuses dont nous citerons tout à l'heure d'impressionnants exemples.

Le naphtol camphré et les préparations d'éther iodoformé, qui méritent de rester au premier rang des liquides modificateurs ont, nous venons de le dire, deux indications, deux propriétés différentes.

Le naphtol liquéfie et fond le foyer tuberculeux ; l'éther iodoformé le dessèche et le sclérose.

On a donc à choisir entre deux systèmes : celui de la *fonte* et celui de la *sclérose*. Pour lequel se prononcer ? En d'autres termes vaut-il mieux laisser dans l'organisme des reliquats tuberculeux modifiés il est vrai, stérilisés et annihilés en quelque sorte, ou faut-il expulser au dehors tous ces produits ?

Les microbiologistes répondent : la mort des bacilles, si tant est qu'ils soient bien morts, ne suffit pas.

« ... car la présence de ces microbes, même morts n'est pas absolument indifférente... Même l'enveloppe du bacille, même *la graisse de cette enveloppe* est un danger pour l'avenir » dit le Docteur CALMETTE.

Les cliniciens ont approuvé les conclusions des hommes de laboratoire. Il vaut mieux évacuer les foyers — mais toujours, bien entendu, d'une façon pacifique.

Il suit de là que le procédé de choix est l'évacuation par ponctions capillaires des produits tuberculeux solubilisés, mobilisés par des injections ramollissantes, liquéfiantes, qu'aucune substance ne réalise mieux que le naphthol camphré.

Est-ce à dire que l'éther iodoformé ne puisse pas, à nos yeux, rendre des services? Loin de nous cette pensée.

Avec LANNELONGUE, nous estimons au contraire que, dans quelques cas, la préparation éthéro-iodoformée, grâce aux propriétés distensives et pénétrantes de l'éther véhiculant l'iodoforme, pourra atteindre par des trajets étroits et anfractueux des foyers jusqu'où le naphthol n'aurait peut-être pu s'insinuer. D'autre part, lorsque le rôle du naphthol est terminé, on peut faire intervenir la préparation éthéro-iodoformée pour poursuivre un travail de sclérose et de dessiccation après le travail de liquéfaction et d'assainissement dû au naphthol camphré.

Nous donnons ici la formule éthéro-iodoformée de LANNELONGUE, qui nous semble d'ailleurs la plus recommandable :

Iodoforme	10 grammes.
Créosote de hêtre.	2 »
Ether sulfurique	de 10 à 30 gr.
Huile d'olive stérilisée	90 grammes.

Revenons au naphthol camphré que je vais essayer de réhabiliter.

J'entends déjà les protestations de ses ennemis — il en a de nombreux ! — Je connais le grand reproche qu'on lui a violemment adressé :

C'est un toxique, a-t-on dit ! Il a des morts à son actif ! Il faut le bannir de la thérapeutique !

Certes, la gravité de cette accusation ne m'échappe pas :

Tout médicament doit avoir des qualités positives et des qualités négatives, la première de celles-ci, c'est de ne pas nuire. Et le médecin n'a pas le droit de méconnaître un seul instant l'impérieuse devise : *Primo non nocere*.

Mais il ne s'agit pas de savoir si ce reproche grave est ou s'il ne l'est pas : Il l'est ! Il s'agit de savoir s'il est justifié : Il ne l'est pas !

Mais avant de commencer mon argumentation, je veux faire aux adversaires du naphthol une importante concession. Je leur dis : Eh ! oui, le naphthol a peut-être causé quelques morts ! Mais citez moi

dans la thérapeutique un médicament qui soit complètement innocent, à une époque quelconque de son existence, d'une vie humaine !

Quoi de moins meurtrier que la classique pelure d'orange ?

Et cependant, cette pelure d'orange a fait glisser des hommes qui se sont fracturé le crâne sur le pavé ! Ce sont-là des accidents d'un autre ordre ; et il est question ici d'intoxications. Soit ! Mais le chloroforme, la cocaïne, l'éther, les opiacés, le calomel, l'iodoforme (1) n'ont-ils pas causé la mort, même à des doses infinitésimales ?

On a créé exprès, pour innocenter ces médicaments des morts qu'ils ont semées sur leur chemin, le mot barbare d'idiosyncrasie (2). Qu'on veuille bien l'appliquer aussi au naphthol camphré, en guise de circonstances atténuantes... Est il donc si toxique ce produit que Périer avait injecté impunément à la dose de 60 à 100 grammes !

Mais ne nions pas les faits, s'il a tué quelquefois, nous allons voir pourquoi et nous verrons ensuite quelles sont les élémentaires précautions à prendre pour que plus jamais il ne nuise.

(1) Moty, Delbet, Mickuliez.

(2) On vient tout dernièrement de citer des cas de mort après ingestion de 50 centigrammes de pyramidon (H. G.)

LE NAPHTOL CAMPHRÉ

D'abord, qu'est-ce que le naphtol ?

Le naphtol est un phénol monoatomique qui dérive de la naphthaline. Ses effets toxiques se rapprochent de ceux du phénol et tuent par collapsus. *Ils s'accroissent avec son degré d'impureté.* Les empoisonnements légers sont caractérisés par un étourdissement passager, des vertiges, bourdonnements d'oreilles, fourmillements dans les doigts, lipothymie et adynamie.

Au point de vue chimique il y a deux sortes de naphtols : le naphtol α et le naphtol β ; le premier, tout en étant moins toxique, est un antiseptique supérieur au second.

D'où : n'employez que du naphtol très pur et du naphtol α .

Voilà une première précaution.

Y a-t-il d'autres moyens d'atténuer encore la toxicité ?

Certainement ! 1° Ne pas dépasser quelques gouttes du mélange final et s'en tenir aux petites doses, plus fréquemment répétées si c'est nécessaire.

2° Le naphtol mélangé au camphre donne un

produit liquide, comme le salol camphré. Le camphre diminue cette toxicité et neutralise les effets physiologiques du naphtol; en outre si on ajoute au mélange naphtol-camphré une proportion de 6 parties de glycérine pour une du mélange, on supprime à peu près complètement toute toxicité (à la condition naturellement de rester toujours dans les faibles doses : 40 gouttes par injection au maximum, le plus souvent 5 à 10 gouttes du mélange total étant très suffisantes).

C'est en effet une curieuse propriété que celle de la glycérine mélangée à certaines substances dont elle atténue la toxicité.

Il se passe un phénomène semblable avec le gaïacol :

Le gaïacol cristallisé synthétique seul ou associé à la teinture d'iode, appliqué sur la peau en badigeonnages, a des effets antithermiques très marqués, si marqués que chez l'adulte et surtout chez l'enfant cette hypothermie a pu aller jusqu'au collapsus ! Ajoutez de la glycérine et, alors que les effets analgésiques sont conservés, l'hypothermie ne se produit plus ! La glycérine est donc un neutralisant pour certains toxiques.

D'où, ce précepte : N'employez que du naphtol camphré glycérimé dans la proportion de : une partie de naphtol, 2 parties de camphre, 15 parties de glycérine.

Ce mélange faible pourtant est suffisant. Et trois ou quatre injections de X à XX gouttes seront capables le plus souvent, de dissoudre en huit jours une adénite tuberculeuse.

Enfin, dernière précaution concernant la toxicité : le naphthol camphré s'altérant et brunissant à l'air et à la lumière, il faudra le conserver à l'abri de l'air et de la lumière.

Mais il est un deuxième ordre de dangers que nous tenons, avec une absolue impartialité, à ne pas passer sous silence.

Dangers tout différents de ceux que nous venons d'examiner. Dangers mécaniques : il s'agit d'embolies.

Le naphthol camphré sans glycérine, se présente en effet sous la forme d'un liquide de consistance huileuse, insoluble dans les milieux physiologiques.

Nous pourrions répondre que toutes les solutions huileuses et toutes les solutions des sels insolubles (huile grise, calomel, etc.,) sont justiciables du même reproche, et que moyennant la précaution élémentaire usitée en pareil cas (enfoncer d'abord l'aiguille seule, et n'injecter le liquide que si on ne voit sourdre au pavillon de l'aiguille aucune gouttelette de sang), tous les risques s'évanouissent.

Mais nous ne répondrons pas cela, parce que nous avons un argument meilleur à faire valoir.

Si vous jetez dans l'eau quelques gouttes de chloroforme, ces gouttes tomberont immédiatement au fond du récipient, formant des sphérules isolées qui ne se mélangeront pas plus à l'eau que s'il s'agissait de gouttelettes de mercure.

Vous pourrez agiter énergiquement, les gouttelettes se diviseront, vous obtiendrez une sorte d'émulsion, et bientôt ces gouttelettes se réunissant tomberont encore au fond du vase.

Mais si vous faites d'abord dissoudre votre chloroforme dans de l'alcool, vous ferez absorber ensuite à l'eau une quantité bien supérieure de chloroforme, qui se dissoudra alors admirablement.

Un phénomène exactement semblable se produit avec le naphthol camphré.

Mélangez donc intimement le naphthol-camphré avec une quantité suffisante de glycérine (1 p. 7) le naphthol-camphré est soluble dans la glycérine et celle-ci est soluble dans l'eau.

Faites *avant chaque injection* l'essai de votre préparation en versant quelques gouttes dans l'eau. Si le mélange est bien fait, les gouttes se confondront immédiatement avec l'eau et vous n'aurez ainsi jamais d'embolies, même si vous introduisiez du liquide dans une veine.

En outre un mélange très homogène sera bien

moins toxique encore. Reprenons l'exemple du chloroforme : si le chloroforme est mal dissous dans l'eau, il aura des effets caustiques pour la peau et les muqueuses, mais s'il est bien dissous une quantité très supérieure pourra être impunément ingérée.

Ce chapitre ne serait pas complet si nous n'ajoutions aux précautions de technique pharmaceutique que nous venons d'indiquer, quelques précautions opératoires.

Avant chaque injection, s'assurer s'il y a du liquide dans le foyer traité. S'il y en a, l'aspirer avec une aiguille n° 3, jamais plus forte.

S'il y a menace de perforation spontanée des téguments, ponctionnez en dehors du point menacé, dans la peau saine et atteignez ainsi le foyer obliquement.

Et surtout n'ouvrez jamais ! « Il y a un abîme, dit CALOT, entre les tuberculoses ouvertes et les tuberculoses fermées. »

Une tuberculose fermée est une tuberculose qui dort, si vous l'ouvrez, vous l'éveillez. « Il ne faut jamais désespérer de sauver la peau même la plus compromise en apparence, ni d'empêcher l'ouverture dans les cas où cette ouverture paraît le plus inévitable » (CALOT).

La tuberculose n'aime pas le bistouri, a-t-on dit

encore, et nous répétons en terminant : de la diplomatie toujours ; de la violence, jamais.

Nous croyons avoir dit ce qu'il fallait pour convaincre nos lecteurs de l'innocuité désormais assurée de ce précieux médicament qu'est le naphтол-camphré-glycériné, médicament capable de digérer véritablement un ganglion tuberculeux, comme le ferait la pancréatine que l'on a d'ailleurs employée aussi dans ce but.

Mais notre opinion, quelle que soit sa sincérité, serait d'un bien faible poids, si nous n'indiquions sur quoi elle repose, sur quelles observations authentiques, sur quelles autorités elle s'est fondée.

Le docteur HENRI JUDET, ancien interne des hôpitaux de Paris, docteur ès sciences, a eu l'occasion de traiter pendant plusieurs années, un grand nombre d'enfants porteurs d'adénites tuberculeuses. Il a acquis dans cette branche de la chirurgie une compétence toute particulière due à la fois à son expérience et à l'ardeur avec laquelle il s'y est consacré. De nombreuses publications signées de lui ont mis son

nom en relief et ses conclusions méritent d'être prises en considération.

Voici comment il s'exprime dans sa plus récente communication (1) :

« Le traitement local des adénites cervicales tuberculeuses subit depuis quelques années une intéressante évolution : Il cesse de plus en plus d'appartenir au domaine de la chirurgie opératoire, pour entrer dans celui de la chirurgie conservatrice.

« Depuis 1904, nous avons appliqué systématiquement la méthode des injections modificatrices au traitement de toutes les formes de tuberculose ganglionnaire cervicale qui se sont présentées à nous.

I. ADÉNITES SUPPURÉES.

«Dans les poches mono-ganglionnaires suppurées et superficielles, l'accord est à peu près fait entre tous les chirurgiens : les ponctions suivies d'injections modificatrices constituent la méthode de choix (3).

(1) Henri Judet. Traitement des adénites cervicales tuberculeuses. Publications du *Progrès Médical*, 1909.

(3) Traité chir. des adénopathies tub. Bull. méd., 27 juil. 07. Villemin.

« Cette opération classique a besoin d'être élargie ; si volumineuse que soit la collection purulente, quel que soit le nombre des ganglions ramollis qui l'ont constituée, il est toujours possible et relativement facile d'arriver à tarir l'abcès.

« Si la collection débutait par les ganglions profonds (ce qui est rare) la ponction *d'emblée* pourrait présenter quelques difficultés ; mais il suffira de ne pas se hâter pour que la poche, en grossissant, devienne facilement accessible.

II. ADÉNOPATHIES NON RAMOLLIES RÉCENTES.

« Tantôt il s'agit d'un seul ganglion qui en deux à six mois s'est hypertrophié et a atteint un volume variant d'un œuf de pigeon à un œuf de poule ; tantôt il s'agit d'une polyadénite formant une masse plus ou moins lobulée qui, dans les cas extrêmes, peut atteindre la grosseur du poing. La consistance de ces tumeurs est solide sans être dure, mollassée, dirons-nous, ce qui témoigne de l'existence d'un agglomérat caséeux au centre de l'adénite.

« En présence de ces cas de mono ou de polyadénite, la conduite classique est *l'extirpation*. Cette méthode, de l'aveu même de ses partisans les plus autorisés, est d'une exécution difficile et présente de

réels dangers... *La mortalité opératoire existe.* Sa proportion ne peut être définie faute de documents publiés. Le résultat définitif n'est pas toujours bon. Les récidives peuvent se produire même après les exérèses les plus étendues et les mieux conduites ; elles varient, suivant les auteurs, de 5 pour 100 (BOUILLY) à 50 pour 100 (KOCHER, RIEDEL, BOECKEL). « L'extirpation est donc loin d'être un traitement idéal et il est tout à fait légitime d'essayer d'autres méthodes.

« Nous avons appliqué le naphtol camphré à dix de ces cas d'adénites non ramollies récentes. Nous utilisons le naphtol camphré préparé de fraîche date avec des produits chimiquement purs et conservés à l'abri de la lumière.

Nous n'avons que très exceptionnellement dépassé la dose de 1/2 centimètre cube de naphtol camphré par injection. A trois reprises, avec des doses que nous jugeons maintenant trop fortes (1 c.c. à 2 c.c.) nous avons observé de la toux avec goût de camphre dans la bouche et tendance syncopale (1).

(1) A propos de cette tendance syncopale plusieurs fois signalée, qu'on me permette de faire remarquer qu'elle est due la plupart du temps à une impression nerveuse, à l'émotion. Quel est le médecin qui n'a pas vu des malades s'évanouir, sous l'influence d'une très légère et très inoffensive cautérisation au crayon de nitrate d'argent, alors qu'il ne s'agissait que d'une ulcération insignifiante ?

Ces symptômes se sont dissipés en quelques minutes, le malade restant étendu et exposé au grand air.

L'observation-type suivante rend bien compte de la technique suivie et des résultats obtenus :

OBSERVATION DU DOCTEUR JUDET

Jeune fille de 19 ans, présente depuis février 1908, une tuméfaction dans la région latérale gauche du cou. En trois mois, l'adénite a acquis un volume considérable (deux œufs de poule); elle commence vers l'angle de la machoire et descend jusque vers la fourchette sternale. Elle est mollassse sans fluctuation, bilobée comme si elle était constituée par la fusion de deux ganglions énormément hypertrophiés. Plusieurs chirurgiens ont conseillé l'extirpation que la malade a refusée.

Traitement. — Du 26 mai au 3 juillet 1908, nous faisons dans les divers points de la masse, 20 injections de $1/2$ c. c. de naphtol camphré, à intervalles irréguliers (de 1 à 3 jours).

A la deuxième injection la masse se ramollit partiellement à son centre. A partir de ce moment chaque injection de naphtol est précédée d'une ponction qui retire des quantités de pus variant de 5 à 40 c. c.

Au bout d'un mois et demi, la masse est réduite aux deux tiers; il persiste comme reliquat un noyau dur à chaque extrémité du grand axe de la tumeur (en haut, derrière l'angle de la machoire, en bas, dans la région sterno-claviculaire).

En septembre, la résorption est complète. En février 1909, la guérison se maintient complète : *l'intervention qui l'a produite n'a laissé aucune trace.*

«...Nous possédons une dizaine de guérisons semblables : toutes les fois que nous nous sommes trouvé en présence de ganglions s'étant développés assez rapidement (en quelques mois) il nous a été facile de provoquer le ramollissement de l'adénite, quel que fût son volume, et de la guérir ensuite par des ponctions et des injections modificatrices. »

M. JUDET fait quelques réserves, en ce qui concerne les adénites anciennes ayant déjà subi un processus de sclérose. Il fait observer en outre, que si certaines adénites résistent au naphтол camphré, c'est parce qu'elles ne sont pas de nature tuberculeuse.

Voici ses conclusions :

«...En résumé, il nous paraît que le traitement par les injections de N. C. G. peut guérir les adénites cervicales tuberculeuses *dans l'immense majorité des cas.* « L'ablation est, croyons-nous, plus dangereuse : il est à notre avis, plus facile d'éviter les accidents imputables au N. C. que ceux résultant soit de l'acte opératoire, soit de l'anesthésie générale qu'il nécessite... La seringue guérit sans laisser de trace....«... »

Nous avons donné environ 600 injections de naphtol camphré sans accident ;...ces procédés, pour nous, ont fait leurs preuves ».

OBSERVATION DE GUISEY

(in thèse de Békarian, Paris, 1908)

Femme de 35 ans entrée dans le service du Docteur Routier. Elle porte au devant du larynx un abcès froid. La consistance est ferme. Le cou présente deux ou trois cicatrices dans la région sous-maxillaire signes d'adénites anciennes.

Traitement. — Injection de 2 c. c. de naphtol camphré dans la tumeur (1).

Trois jours après, la tumeur est complètement ramollie et fluctuante. Nous vidons son contenu avec un trocart n° 2 ; nouvelle injection de 2 c. c. de naphtol : guérison définitive *six jours après* une nouvelle évacuation. La cicatrice est nulle.

OBSERVATION DE BRISSAUD

(in thèse de Békarian, Paris 1908)

Un homme âgé de 40 ans entre dans le service du

(1) Nous avons vu que cette quantité était trop élevée et que quelques gouttes donnaient le même résultat. Il est à constater que cette dose que nous jugeons trop forte, n'a pourtant produit la moindre ébauche d'intoxication.

D^r Routier, avec une tumeur pré-laryngée, peu fluctuante, peu mobile. Diagnostic d'abcès froid.

L'abcès est vidé avec un trocart n° 2. Injection de *quelques gouttes* (1) de naphtol camphré. Huit jours après, deuxième évacuation et nouvelle injection, quelques jours après, le malade est guéri sans cicatrice.

Voilà des observations bien convaincantes et qui suffiraient, nous semble-t-il, pour faire tomber toutes les préventions injustement dressées contre le naphtol camphré glycérimé ! Mais comment passer sous silence l'opinion du spécialiste dont l'expérience des tuberculoses chirurgicales est peut-être sans rivale, du chirurgien qui a donné plus de 50.000 injections de naphtol camphré sans accident... Nous voulons parler du Docteur CALOT de Berk qui, lui, se déclare l'enthousiaste partisan de cette méthode, pourtant si décriée ! (2)

Voici comment il s'exprime dans l'avertissement de son récent ouvrage sur les tumeurs blanches (3).

«... Le vrai traitement de la lésion tuberculeuse-

(1) Cette fois, on s'est contenté de quelques gouttes de N. C. et le résultat a été le même.

H. G.

(2) Naguère encore à la Société de Chirurgie.

(3) D^r Calot. — Technique du traitement des tumeurs blanches. Masson, édit. 1906 (page 1).

type, c'est à dire de l'abcès froid, n'est ni l'extirpation sanglante, ni l'abstention, mais bien le traitement par les ponctions et les injections.

« La théorie faisait prévoir et l'expérience a confirmé que ce qui est vrai pour le foyer tuberculeux de l'abcès froid est également vrai pour le foyer d'une articulation, avec des différences techniques que vous devinez.

« En vous recommandant ce dernier traitement de préférence aux deux autres, je n'ai, certes, aucun parti-pris. Je me borne tout simplement à vous dire ce que j'ai obtenu personnellement par chacune des trois méthodes, dans ce milieu si spécial de Berck où pullulent les tumeurs blanches et où je vis depuis quinze ans.

« Pendant les premières années, nous avons employé le traitement sanglant, puis le traitement conservateur pur; aujourd'hui, et depuis plus de dix ans, nous traitons nos tumeurs blanches presque exclusivement par les injections. Et il est hors de doute que nos résultats d'aujourd'hui sont incomparablement supérieurs, au point de vue du nombre et de la qualité, à ceux que nous avions autrefois.

« Plus d'un millier de guérisons obtenues par les injections sur des malades longtemps suivis, nous

permettent de l'affirmer, et nous pouvons promettre à tous les médecins qui voudraient employer ce traitement, des résultats comparables aux nôtres. Et pourquoi ne l'emploieraient-ils pas ? puisque ce traitement, en plus de son efficacité incomparable, est d'une bénignité assurée et d'une simplicité d'exécution qui le rend facilement applicable par tous les médecins sans exception »

Et plus loin, page 38 :

« ...Le traitement par les ponctions et les injections, s'il est soigneusement fait, guérit toujours ou presque toujours, 99 fois sur 100 peut-être. C'est ce qu'il faut répéter jusqu'à ce que les praticiens en soient bien convaincus. Il guérit relativement vite et ne mutile jamais... Parmi les médecins et chirurgiens d'enfants, familiers avec cette technique, il n'en est pas un qui me démentira si je dis que c'est là le traitement par excellence de l'abcès froid, en attendant que le vaccin anti-tuberculeux ait été trouvé ».

Il est peut-être superflu, après des déclarations aussi fermes de citer de nouvelles observations, cependant nous nous en voudrions de ne pas raconter la suivante, d'autant plus caractéristique qu'il s'agissait d'un cas absolument désespéré :

OBSERVATION DU DOCTEUR CALOT (1)

« Étienne K..., trente-deux ans; depuis l'âge de onze ans (donc depuis 21 ans) portait au cou-de-pied gauche un immense foyer tuberculeux ayant envahi progressivement la jambe et le pied.

Les os étaient malades depuis la partie moyenne de la jambe jusqu'aux orteils. Sur cette large surface s'ouvraient onze fistules, au moment où je l'ai vu pour la première fois. L'écoulement qui se faisait par toutes ces fistules était devenu plus abondant depuis quelque temps; le repos forcé dans une habitation de Paris, l'inappétence, l'abondance de la suppuration avaient affaibli ce malade d'une manière inquiétante, si bien que les chirurgiens qu'il avait consultés avaient été unanimes à déclarer que le seul moyen de sauver la vie était d'amputer la jambe, laquelle d'ailleurs ne pourrait jamais guérir.

Le danger était immédiat et pressant. Encore six jours d'attente, lui avait-on déclaré, et il serait trop tard; l'on prit date avec la famille pour la sanglante opération : ce serait le mardi,

Le lundi je suis appelé en consultation. Conséquent avec moi-même, fidèle aux méthodes que je suis dans le traitement de la tuberculose externe, je fus d'avis, contre tous mes collègues, de ne pas consentir au sacrifice de la jambe avant d'avoir tenté sérieusement,

(1) Tech. du Trait. des tumeurs blanches, p. 31.

patiemment, longuement, la conservation de ce membre condamné par tous les chirurgiens et dont un médecin radiographe, consulté à son tour, avait dit quelques jours auparavant : « Ce n'est plus de la substance osseuse que vous avez dans la jambe et le pied, c'est de la gélatine, c'est de la bouillie. »

Je consentais à me charger de cette tentative de conservation qui devait être, pour avoir une chance de réussir, très laborieuse, très longue, très attentive : il s'agissait probablement de faire chaque jour, ou à peu près, des injections modificatrices dans tous les trajets fistuleux, et cela devait durer six mois au minimum, peut-être un an et plus, et je concluais en disant : « Si dans un délai moral que nous nous serions fixé à nous-même, après dix ou douze mois par exemple d'un traitement pareil, l'on n'arrivait pas à un résultat satisfaisant, je souscrirais à l'amputation, mais pas avant. »

Je promettais au surplus, qu'en attendant nous ne perdriens rien ; que l'état général ne pouvait être amoindri par ces injections modificatrices, et que si le sacrifice du membre devait se faire après ces efforts si persévérants, le malade aurait une force de résistance physique plus grande qu'à l'heure actuelle, en plus de la certitude par lui acquise qu'il s'agissait d'un sacrifice absolument nécessaire, que rien décidément ne pouvait éviter !

Les parents les plus proches, très sceptiques on le conçoit, ne furent que médiocrement satisfaits d'une pareille déclaration, qui allait retarder ou même compromettre une guérison que seule l'amputation pouvait amener à leurs yeux comme aux yeux de tous les autres

médecins; ils me prièrent d'écrire cet avis, ce que je fis dans les mêmes termes.

Moi parti, le malade se raccroche désespérément à cette planche de salut qui lui permettait sinon d'éviter, tout au moins de reculer l'amputation tant redoutée, et il eut raison de la résistance de ses parents.

Il se fit transporter à Berck le surlendemain, condamné, je l'ai dit, dans sa détermination par tous mes collègues et même par sa famille. Je commençai le jour même le traitement dont j'avais parlé.

Après avoir antiseptisé de mon mieux tous ces trajets, j'ai essayé de les modifier par des injections presque quotidiennes, j'ai épuisé la gamme de tous les liquides modificateurs connus.... Mais j'avais beau faire, je ne parvenais pas à maintenir dans les trajets trop largement béants le liquide injecté; et après cinq mois je dus reconnaître que je n'étais guère plus avancé que le premier jour.

Je continuai cependant le traitement local, encore et toujours, poussé par le malade lui-même, et je repris patiemment les injections quotidiennes ou bi-quotidiennes au naphtol camphré.

Nous étions au septième mois, lorsque je crus voir une amélioration se dessiner. Au huitième mois en effet deux fistules sur onze s'étaient fermées.

Au neuvième mois une autre se cicatrissait; le mois suivant quatre, puis encore trois.

Au dixième mois et demi il n'en restait qu'une. Dès ce moment j'étais assuré de conduire le malade à la guérison. Celle-ci fut obtenue onze mois après le début du traitement.

La guérison est complète, définitive, elle dure depuis plus de six ans.

Depuis plus de six ans ce malade vaque à un travail fatigant ; va et vient, avec son pied, qui, massé depuis, a recouvré sa souplesse et sa force. »

Cette longue observation, textuellement transcrite, concerne, il est vrai, une arthrite tuberculeuse, et non une adénite. Mais c'est à dessein que nous avons choisi cet exemple. Car si on a pu arriver de à tels résultats dans le cas d'une arthrite parvenue à ce degré de délabrement désespéré, combien plus aisément, plus rapidement, plus sûrement, on y serait arrivé s'il s'était agi d'une simple adénite :

Nous n'insisterons plus, et sur cette observation, nous clorons le débat pour donner immédiatement nos conclusions.

CONCLUSIONS

1. — Les tuberculoses locales, en particulier les adénopathies, sont curables.

2. — Le traitement chirurgical est, en principe, à rejeter, à cause de ses dangers d'une part, et de ses inconvénients esthétiques de l'autre.

3. — La méthode hyperémiant de Bier n'a pas donné les résultats que son auteur avait fait espérer.

4. — La radiothérapie a donné des résultats satisfaisants au point de vue local et au point de vue général.

5. — Les méthodes qui, tout en présentant le moins d'inconvénients, ont donné les meilleurs résultats, sont incontestablement les méthodes que nous avons appelées les méthodes pacifiques, c'est-à-dire les injections interstitielles de liquides médicamenteux.

6. — De tous les liquides utilisés jusqu'à ce jour, celui qui a donné les plus brillantes et les plus complètes guérisons est le naphtol camphré.

7. — On lui a attribué de graves accidents que nous n'avons pas niés mais que nous avons expliqués.

8. — Si l'on veut éviter tous les inconvénients dont on a parlé jusqu'ici, il faut :

a) N'employer que du naphtol chimiquement pur ;

b) Que le mélange *naphtol camphré* soit additionné de glycérine dans les proportions que nous avons indiquées en détail dans les pages précédentes et que nous résumons dans cette formule qui a l'apparence d'une formule de chimie atomique et qu'il est très facile de retenir : $1 (N^1 C^2) + 7 G$

qui doit se lire ainsi : Une partie du mélange (naphtol 1 + camphre 2) pour 7 parties de glycérine. Des injections de 20 à 60 gouttes du mélange total (N C G) seront presque toujours suffisantes et en aucun cas dangereuses.

c) Que le mélange soit parfaitement homogène et conservé à l'abri de l'air et de la lumière, pour qu'il garde toute sa limpidité ;

9. — En conséquence, après avoir constaté les avantages et les inconvénients de toutes les méthodes examinées, après avoir été, en outre, convaincu par les auteurs que nous avons cités, nous déclarons que nous considérons les injections de naphtol-camphré-glycériné comme la méthode de choix dans le traitement des adénopathies tuberculeuses et autres tuberculoses locales.

C'est une consolation bien précieuse de nous dire aujourd'hui que si la lugubre phtisie, dans la course infatigable et meurtrière qu'elle poursuit depuis l'origine du monde, dresse encore triomphant, son masque d'épouvante sur les millions de cadavres dont elle a jonché sa route, nous pouvons au moins, à coup sûr, guérir les tuberculoses locales !

« Mais puisqu'on ne meurt pas des tuberculoses locales, s'écrierait-on, la victoire est bien mince ! »

Nous avons vu que la tuberculose pulmonaire était souvent la conséquence d'une infection ganglionnaire préalable.

... Si donc nous guérissons ces infections locales, ne préservons-nous pas du grand mal pulmonaire autant de malheureux ?

N'arrachons-nous pas à l'insaisissable fantôme autant de victimes prédestinées qu'il couvait déjà de son regard empoisonné, bien qu'elles fussent presque toutes, jeunes et désireuses de vivre ?...

Vu : *Le Président de Thèse :*

P. DEJERINE.

Vu : *Le Doyen,*

D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Aromstam. — Journal of tuberculosis. Octobre 1901.

Bier. — L'Hyperémie et son action thérapeutique.

Bergonié et Tessier. — Action des rayons X dans les adénopathies tuberculeuses (Congrès de Bordeaux, octobre 1905).

Binet. — Des accidents de l'extirpation des ganglions tuberculeux (Thèse, Paris, 1894).

Bormann und Linser. — Ueber die locale und allegemeine Wirkung der Röntgenstrahlen. (Munchener med. Wochens, p. 994, 1904).

Calot. — Technique du traitement des tumeurs blanches (Paris, 1906).

Campbell (W. F.). — Experimental X Ray Therapy Gaillards, M. J. (New-York, 1904).

Desesquelle. — Toxicité du naphтол camphré. (Bull. et mém. de la Société de Médecine et de Chirurgie de Paris).

Guinard. — Des intoxications par le naphтол camphré. (Bull. et mém. de la Société de Chirurgie de Paris, 1904).

Judet. — Bulletin de la Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris (février 1909). — Traitement des adénites cervicales tuberculeuses (Progrès médical, 1909).

Kirmisson — Société de chirurgie (2 février 1898). — In traité de chirurgie de Duplay et Reclus (tome VII).

Lannelongue. — Absès froids et tuberculose osseuse (1881, Paris).

Manson. — Traitement des adénopathies tuberculeuses par l'extirpation (Thèse, Paris, 1895).

Robin. — Cours de l'Hôpital Beaujon, 1907 (La Tuberculose infantile, octobre 1907).

Rœderer. — La radiothérapie dans les tub. ganglionnaires (Thèse, Paris, 1906).

Verneuil. — Etudes expérimentales et cliniques sur la Tuberculose (Paris, 1888-1890).

Williams. — Britisch méd. Journal, déc. 1900.

Wichmann. — Munchener méd. Wochens (1905, p. 1625).

